

## Tarife BA/BP

### Krankheitskostenvollversicherung für Beihilferechtigte

Stand: 01.01.2024, SAP-Nr.: 331651, 04.2024

Es gelten die AVB/KK – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)

Der Versicherungsschutz nach den Tarifen BA, BP darf nicht höher sein, als zur vollen Kostendeckung zusammen mit der Beihilfe erforderlich.

#### I. Versicherungsleistungen

##### Ambulante Heilbehandlung und zahnärztliche Behandlung

##### 1. Die erstattungsfähigen Kosten für ambulante Heilbehandlung werden

nach Tarif	zu	nach Tarif	zu	nach Tarif	zu
BA 10	10 %	BA 45	45 %	BA 70	70 %
BA 20	20 %	BA 50	50 %	BA 80	80 %
BA 30	30 %	BA 55	55 %	BA 85	85 %
BA 35	35 %	BA 60	60 %	BA 90	90 %
BA 40	40 %				

ersetzt.

##### 2. Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung die Kosten für:

- ärztliche Leistungen (z. B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Röntgenleistungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt, Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der gesetzlich eingeführten Programme (ohne die dort vorgesehenen Altersgrenzen und Intervalle)), soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte, approbierte ärztliche Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach dem deutschen Psychotherapeutengesetz bis zu 30 Sitzungen im Kalenderjahr. Die Leistungen werden erstattet, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung (GOÄ bzw. GOP) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Darüber hinausgehende Leistungen werden nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des Versicherers erstattet.  
Auf Verordnung dieser Leistungserbringer und nach vorheriger Zustimmung des Versicherers werden auch die Kosten für eine Psychotherapie im Sinne von § 37a und § 132b SGB V erstattet. Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Höchstsätze der GOÄ bzw. bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.
- Leistungen des Heilpraktikers.
- Arznei- und Verbandmittel sowie Sondennahrung im Rahmen einer künstlichen Ernährung mittels Ernährungspumpe.
- Impfungen, die jeweils aktuell von der ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich Impfstoff. Ausgenommen sind Impfungen aus Anlass von Auslandsreisen oder aus beruflichen Gründen.
- Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers nach den Grundsätzen der jeweiligen Hebammen-Gebührenverordnung
- Heilmittel: medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Thermotherapie (Wärme- und Kältetherapie, Packungen), Licht- und Elektrotherapie, Krankengymnastik, Ergotherapie, Podologie und medizinische Fußpflege (gemäß PodG), Logopädie (bis zu 30 Sitzungen im Kalenderjahr) und Osteopathie. Zu den erstattungsfähigen Kosten gehören auch, soweit erforderlich, Diagnostik und Berichte.
- sozialpädiatrische Behandlung im Sinne von § 119 SGB V sowie für Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

- ärztlich verordnete sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen im Sinne von § 43 Absatz 2 und § 132c Absatz 2 SGB V bei chronisch kranken oder schwerstkranken Kindern bzw. Jugendlichen.
- häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung). Die Maßnahme muss ärztlich verordnet sein und von Pflegefachkräften durchgeführt werden. Erstattungsfähig sind maximal die Gebühren, die in der Kranken- oder in der Pflegepflichtversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart sind. Leistungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung werden nur erstattet, wenn sie geeignet sind, eine stationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen. Besteht hierfür eine Leistungspflicht der Pflegepflichtversicherung nach § 36 SGB XI, endet der Leistungsanspruch aus diesem Tarif.
- ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.
- die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfverordnung (Gebärdendolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.
- Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) gemäß den AVB/KK. Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, die Inanspruchnahme von DiGA mit uns abzustimmen.
- Hilfsmittel:
  - a) Brillengestelle (bis zu 180 Euro Rechnungsbetrag), Brillengläser und Kontaktlinsen. Die Refraktionsbestimmung durch einen Optiker ist in der Höhe erstattungsfähig, die ein Augenarzt nach GOÄ berechnen könnte.
  - b) – Applikationshilfen (z. B. Ernährungs-, Infusions-, Insulinpumpen),
  - Bandagen,
  - Blutzuckermessgeräte,
  - Bildschirmlesegeräte,
  - elektrische Fußhebersysteme,
  - fremdkraftbetriebene Arm- und Beintrainer,
  - fremdkraftbetriebene Bewegungsschienen,
  - Heimdialysegeräte einschließlich der beim Betrieb anfallenden Materialkosten,
  - Hilfsmittel gegen Dekubitus,
  - Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie (außer Absauggeräten, siehe hierzu Buchstabe c),
  - Hör- und Tinnitusgeräte,
  - Inkontinenzhilfen einschließlich Inkontinenztherapiegeräte,
  - Kompressionsstrümpfe sowie Hilfsmittel zur Narbenkompression,
  - Kommunikationshilfen (außer Signalanlagen),
  - Orthesen,
  - Prothesen (Arm-, Bein-, Brust- und Augenprothesen) und Epithesen,
  - Rollstühle einschließlich Sitzschalen und elektrischen Antrieben, Reha-Karren/-Buggys (bis zu 1.600 Euro Rechnungsbetrag),
  - orthopädische Maßschuhe einschließlich medizinisch notwendiger Zusatzarbeiten und orthopädische Schuhzurichtungen an Konfektionsschuhen, Therapieschuhe sowie Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom (bis zu 220 Euro Rechnungsbetrag pro Jahr),
  - Schuheinlagen,
  - Sprechhilfen,
  - Stehhilfen (z. B. Stehständer, Schrägliegebretter),
  - Stomaartikel,
  - tragbare Defibrillator-Westen (z. B. LifeVest).
- c) Nach Absprache mit dem Versicherer
  - Absauggeräte bei Tracheostoma und Laryngektomie,
  - Atem- und Herzfrequenzmonitore, Pulsoximeter,
  - Inhalations- und Atemtherapiegeräte (z. B. Beatmungsgeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Geräte zur Sauerstoffversorgung) sowie Protrusionsschienen,
  - Blutgerinnungsmessgeräte.

Der Versicherer entscheidet unter sachgerechter Berücksichtigung der medizinischen und wirtschaftlichen Umstände über die Versorgungsform (Kauf, Miete, Reparatur).

- d) Erstattet werden auch die Kosten für die Reparatur und Wartung eines versicherten Hilfsmittels im Rahmen der tariflich vereinbarten Erstattungsgrenzen:

### 3. Die erstattungsfähigen Kosten für zahnärztliche Behandlung werden

nach Tarif	zu	ersetzt, jedoch für Zahnersatz und Kieferorthopädie im Versicherungsjahr höchstens bis
BA 10	10 %	520 €
BA 20	20 %	1.040 €
BA 30	30 %	1.560 €
BA 35	35 %	1.820 €
BA 40	40 %	2.080 €
BA 45	45 %	2.340 €
BA 50	50 %	2.600 €
BA 55	55 %	2.860 €
BA 60	60 %	3.120 €
BA 70	70 %	3.640 €
BA 80	80 %	4.160 €
BA 85	85 %	4.420 €
BA 90	90 %	4.680 €

unter Anrechnung der für das vorangegangene Versicherungsjahr erbrachten Leistungen.

#### Ab dem sechsten Versicherungsjahr entfällt der Höchstsatz.

Die Kosten bzw. Leistungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte bzw. in dem der Zahnersatz bezogen wurde.

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres.

### 4. Erstattungsfähig sind die Kosten

#### a) für Zahnbehandlung

- operative und konservierende Zahnbehandlung (z. B. Zahnfüllungen, Zahnziehen, Parodontosebehandlungen, Prophylaxe (einschließlich professioneller Zahnreinigung), Arzneien),
- Röntgenaufnahmen der Zähne.

#### b) für Zahnersatz und Kieferorthopädie

- Prothetik (z. B. auch Brücken, Implantate, Kronen, Inlays),
- Zahn- und Kieferregulierungen,
- Gnathologie (Funktionsanalyse und -therapie),
- anästhetische und chirurgische Maßnahmen (z. B. Knochenaufbau im Rahmen einer Implantatversorgung).

soweit die Gebühren für zahnärztliche Behandlung im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Die erstattungsfähigen Kosten umfassen auch die dazugehörigen zahn-technischen Laborarbeiten, soweit sie im tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind, sowie Materialkosten und die Kosten für Heil- und Kostenpläne.

Die erstattungsfähigen Höchstbeträge und die Leistungsinhalte dieses Verzeichnisses können unter den Voraussetzungen des § 18 AVB/KK und mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen angepasst werden. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

5. Erstattungsfähige Kosten wegen eines nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls werden auf den unter Ziffer 3 für den jeweiligen Tarif genannten Höchstsatz nicht angerechnet.

6. Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, bei Zahnersatzmaßnahmen vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahn-technischen Labors einzureichen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

### Stationäre Heilbehandlung

#### Regelleistungen

#### 1. Die erstattungsfähigen Kosten werden

nach Tarif	zu	nach Tarif	zu	nach Tarif	zu
BP 10	10 %	BP 40	40 %	BP 65	65 %
BP 15	15 %	BP 45	45 %	BP 70	70 %
BP 20	20 %	BP 50	50 %	BP 75	75 %
BP 25	25 %	BP 55	55 %	BP 80	80 %
BP 30	30 %	BP 60	60 %	BP 85	85 %
BP 35	35 %				

ersetzt.

#### 2. Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- allgemeine Krankenhausleistungen. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechnbaren Kosten einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115a SGB V. In Krankenhäusern, die nicht dem Geltungsbereich dieser Rechtsnormen unterliegen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Kosten in der preiswertesten Zimmerkategorie sowie die medizinisch notwendigen ärztlichen Leistungen (keine wahlärztlichen Leistungen aus dem Tarif BP) und Leistungen für Heilmittel.
- gesondert berechenbare Nebenleistungen (diagnostische und therapeutische Verfahren sowie Medikamente, die nicht im Pflegesatz berücksichtigt sind),
- gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes im Drei- und Mehrbettzimmer,
- Leistungen der (Beleg-) Hebamme und des (Beleg-) Entbindungspflegers,
- medizinisch notwendige Begleitung durch eine Bezugsperson (Vater, Mutter etc.) bei Unterbringung im Krankenhaus während der stationären Behandlung,
- medizinisch notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus bis zu jeweils 100 km,
- stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit gemäß § 39c SGB V (Grund- und Behandlungspflege) im Anschluss an eine stationäre Behandlung, nach einer ambulanten Operation, bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung oder bei sonstigen Krisensituationen, in denen eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung. Die Erstattung aus diesem Tarif endet spätestens mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung.
- voll- und teilstationäre Hospizversorgung in Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des § 39a SGB V verfügen. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet.
- Aufwendungen, die dem Spender im Rahmen einer Lebendorgan- oder Stammzellenspende entstehen, sofern der Empfänger der Spende in diesem Tarif versichert ist. Erstattungsfähig sind die Kosten (hierzu gehören auch Kosten für Komplikationen, die sich unmittelbar aus der Organspende ergeben) im tariflichen Umfang für die erforderliche
  - ambulante Behandlung
  - stationäre Behandlung
 Erstattungsfähig sind auch die Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung in Zusammenhang stehen.
 

Im Zuge einer Lebendorganspende werden darüber hinaus erstattet

  - die auf Grund der Organspende erforderlichen ambulanten oder stationären Rehabilitationsbehandlungen des Organspenders,
  - die Kosten für die Nachbetreuung, wenn sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat,
  - der nachgewiesene tatsächliche Verdienstausschlag und die von dem Organspender geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung. Hierzu zählen auch die Beiträge für eine substitutive private Krankenversicherung und für die private Pflegepflichtversicherung.

#### Anpassung des Versicherungsschutzes

1. Vermindert sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife. Dabei finden die Bestimmungen für eine Erhö-

hung des Versicherungsschutzes (Wechsel des Tarifes) zwar grundsätzlich Anwendung. Die erhöhten Leistungen werden jedoch ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen gemäß Satz 3 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruches gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung oder den Wegfall des Beihilfeanspruches ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum Zeitpunkt, an dem der Beihilfeanspruch sich ändert, oder zum Ersten des folgenden Monats beantragt und frühestens zu dem Zeitpunkt wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruches sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

2. Erhöht sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Herabsetzung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife.

Wird der Antrag spätestens sechs Monate nach Änderung des Beihilfeanspruches gestellt, so kann die Herabsetzung des Versicherungsschutzes zum Zeitpunkt, an dem der Beihilfeanspruch sich ändert, oder zum Ersten des folgenden Monats wirksam werden. Die Herabsetzung gilt auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle.

Wird der Antrag später als sechs Monate nach Erhöhung des Beihilfeanspruches gestellt oder erlangt der Versicherer von einer Erhöhung des Beihilfeanspruches Kenntnis, ohne dass ein Antrag des Versicherungsnehmers vorliegt, erfolgt die entsprechende Herabsetzung des Versicherungsschutzes auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle mit Wirkung zum Zeitpunkt, an dem der Versicherer davon Kenntnis erlangt bzw. zu dem der Antrag beim Versicherer eingeht.

#### Sonstige Tarifbedingungen

Neben den Tarifen BA/BP können beim Versicherer nur Krankheitskostenversicherungen geführt werden, denen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherungen (Unisex) zu Grunde liegen. Dies gilt auch für die Kombination der Tarife BA und BP.

#### II. Beiträge

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen. Bei Änderung des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8 a AVB/KK.

**Diesem Tarif liegt das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten der „V-Tarife“ zu Grunde.**

#### Abkürzungsverzeichnis

AVB/KK	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOP	Gebührenverzeichnis für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
PodG	Podologengesetz
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch

#### Besondere Bedingungen „A“ für beihilfeberechtigte Personen in Ausbildung zu den Tarifen BA/BP

##### 1. Versicherungsfähigkeit

Diese Sonderbedingungen können zu den Tarifen BA und BP vereinbart werden.

Versicherungsfähig sind, soweit sie das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

- Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst,
- nicht berufstätige Ehepartner bzw. eingetragene Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz der nach Buchstabe a) versicherten Person,
- berücksichtigungsfähige Kinder der nach Buchstabe a) versicherten Person,
- Schüler, Studenten und Personen in Berufsausbildung, die keine hauptberufliche Tätigkeit ausüben und Anspruch auf Beihilfe haben ab Beginn des Kalenderjahres, in dem sie das 20. Lebensjahr vollenden.

##### 2. Wartezeiten

Die Wartezeiten entfallen.

##### 3. Beitragsanpassungen

Auch für diese Beiträge gilt § 8b der zugrunde liegenden AVB/KK – den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex) einschließlich der dazugehörigen Tarifbedingungen.

##### 4. Tarife

Für die Dauer der Gültigkeit dieser Sonderbedingungen erhält die Tarifbezeichnung den Zusatz A.

##### 5. Anzeigepflicht

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, der UKV die Beendigung oder eine Unterbrechung der Ausbildung von mehr als sechs Monaten unverzüglich anzuzeigen.

##### 6. Ende der Sonderbedingungen

Die Sonderbedingungen entfallen

- zum Zeitpunkt, an dem die Versicherungsfähigkeit endet,
- mit Ablauf des 6. Monats einer Unterbrechung der Ausbildung,
- spätestens mit Ablauf des 72. Monats von Beginn der Gültigkeit an,
- spätestens mit Vollendung des 34. Lebensjahres.

Entfallen die Sonderbedingungen, gelten die vereinbarten Tarife und AVB/KK ausschließlich und es ist der Beitrag für diese Tarife nach dem dann geltenden Eintrittsalter zu zahlen. Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, die Versicherung zum Zeitpunkt der Umstellung auf die Tarife BA, BP mit einer Frist von zwei Monaten zu kündigen.

##### 7. Beiträge

Während der Ausbildungsdauer wird der Beitrag für bestehende Versicherungsverhältnisse aus Altersgründen nicht erhöht.



Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro
Konfektionierte Verbindungsvorrichtung Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk primär/sekundär	92,00
Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt	113,00
Konfektionssteglasche an/in Kunststoffbasis oder Metallbasis	60,00
Lager für Ankerbandklammer	70,00
Lager für Raste	17,00
Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	70,00
Lager für Schubverteilungsarm	70,00
Lösungsknopf	20,00
Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel individuell	210,00
Schubverteilungsarm	71,00
Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone, komplett, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teilleistungen)	321,50
Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone, primär/sekundär, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teilleistungen)	214,50
Verschraubung/Verbolzung	50,00
Wiederbefestigen/-herstellen eines Sekundärteiles	92,00
<b>Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz</b>	
Aufstellung auf Metallbasis, je Zahneinheit	4,00
Aufstellung auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	3,00
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff, Sonderkunststoff	110,00
Basisteil, gegossen/Edelmetall	85,30
Befestigung eines Zahnes mit zahncfarbenem Kunststoff, Pontic	43,00
Bonwill-Klammer, gegossen/Edelmetall	67,40
Bonyhardklammer gebogen/ohne Auflage	13,00
Bonyhardklammer gegossen/Edelmetall	22,00
Einarmige gebogene Klammer/gebogene Inlay-klammer/gebogene Interdental-Knopfklammer/gebogene Approximalklammer/gebogene Auflage	13,00
Einarmige gegossene Klammer/Inlayklammer/fortlaufende Klammer/Kralle/Ney-Stiel/Auflage/Umgebungsbügel	15,00
Fertigstellung auf Metall-, Kunststoffbasis, je Zahneinheit	5,00
Gitter, partiell/total oder Bügel	145,00
Grundeinheit Aufstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachs-basis	49,00
Grundeinheit Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachs-basis	61,70
Herstellen eines Zahnes/Kaufläche aus zahncfarbenem Kunststoff	43,00
Kunststoff an unfütterbaren Abschlussrand	24,00
Metallbasis je Kiefer partiell/total	174,40
Metallkaufläche/Metallzahn/Edelmetall	49,00
Retention, gebogen	55,00
Retention, gegossen/Edelmetall	67,00
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung	49,00
Sonderkunststoff verarbeiten	110,00
Übertragung einer Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn	3,00
Überwurfklammer, gebogen, Doppelbogenklammer, gebogen	20,60
Unterfütterbarer Abschlussrand	24,00
Zuschlag für einzeln gegossene Klammern	24,00
Zweiarmige Klammer, gebogen, Auflage	20,60
Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall, Approximalklammer/Ringklammer, gegossen/Edelmetall/Rücklaufklammer/Gegenlager/Doppelbogenklammer	39,00
Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall, Auflage/Approximalklammer, Auflage/Ringklammer, gegossen/Edelmetall, Auflage/Rücklaufklammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/Überwurfklammer, Auflage	
<b>Metallverbindungen</b>	
Konditionierung je Zahn/Flügel	17,00
Metallverbindung bei Wiederherstellung/Erweiterung (Lichtbogenschweißen/Laser-/Plasma-/Punkt-Schweißen: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen je Verbindung, Lötung 1-5)	28,00

Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro
Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung/ Metallverbindung nach keramischen Brand	35,80
<b>Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten</b>	
Aktiver Sporn/Dorn	12,50
Ankerband/Ankerkappe	30,20
Aufbiss	14,60
Auflage KFO	13,50
Außenbogen	31,00
Basis für Einzelkiefergerät	73,90
Basis für Kieferorthopädiegerät, KFO/FKO-Gerät	156,00
Coffin-Feder	30,20
Doppelplatten-Führungssporn	36,40
Druckfeder, Zugfeder	15,60
Facebow anpassen	12,00
Feder, geschlossen/kompliziert	15,60
Feder, offen oder gekreuzt	12,50
Führungssporn, Hähchen, Interocclusial-stop	12,20
Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	73,90
Halte- oder Abstützelement je Zahn, einarmig	13,50
Halte- oder Abstützelement je Zahn, mehrarmig	20,80
Innenbogen	31,00
KFO Platte voreinschleifen	10,00
Kinnkappe mit Retentionshaken	63,00
Kunststoffschild/Abschirmelement	22,90
Labialbogen	27,00
Labialbogen, intermaxillär	43,70
Labialbogen, modifiziert	36,40
Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	10,40
Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen	31,00
Lötung je Einheit, KFO	21,80
Palatalbogen	31,00
Pelotte	22,90
Pelottenklammer	13,50
Positioner	156,00
Protrusionsbogen	18,00
Remontieren von KFO-Gerät	57,00
Retentionsschiene	95,70
Schiefe Ebene aus Kunststoff oder gegossen	54,10
Schraube einarbeiten	20,80
Schraube einarbeiten, kompliziert	28,00
Spezialschraube	28,00
Spike/Stopp	13,50
Teilaußenbogen/Teilinnenbogen	31,00
Trennen einer Basis, auch erschwert	8,30
U-Bügel	36,40
Verankerungselement/Verankerungsklammer	30,20
Verarbeiten eines Röhrchens oder Schlosses	15,60
Vorbiss oder Rückbiss	14,60
Vorhofplatte	70,00
Zahnkorrekturschienen (wie Invisalign, Aligner etc.), je Schiene (insgesamt maximal 2.100 Euro)	35,00
Zungengitter	22,90
<b>Aufbisssschienen und Aufbissbehelfe</b>	
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	24,00
Adjustierte Aufbisssschiene	161,20
Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer KFO-Basis oder eines Aufbissbehelfs	26,00
Knirscherschiene aus Kunststoff oder Weichkunststoff	161,20
Miniplastschiene/Verband-/Verschlussplatte	95,70
Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene	66,50
Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	66,50
Schienungskappe aus Kunststoff oder Metall	24,00
Übertragungskappe aus Kunststoff oder Metall	32,30
<b>Wiederherstellung/Erweiterung</b>	
Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	31,00
Basis erneuern, auch KFO	85,60
Basis unterfüttern, auch KFO	69,90
Basisteil unterfüttern, auch KFO	49,00
Grundeinheit Erweitern, auch KFO	26,00
Grundeinheit Instandsetzen, auch KFO	26,00
Kronen- oder Brückengliedreparatur, je Einheit	45,00

<b>Leistung</b>	<b>erstattungsfähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro</b>
Leistungseinheit/Sprung/Bruch/Einarbeiten eines Zahnes/ Basisteil Kunststoff Halte- und/oder Stützvorrichtung einarbeiten/Rückenschutzplatte einarbeiten/Kunststoffsattel lösen und wiederbefestigen	10,30
Wiederherstellung eines individuellen Geschiebes	87,00
<b>Implantate und Suprakonstruktionen</b>	
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	48,00
Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	60,00
Basis aus Kunststoff, auf Implantat	36,00
Implantatachse und -ort festlegen, je Zahn	26,00
Implantat-Divergenz-Ausgleichskrone	103,20
Implantat-Kontrollschablone	42,00
Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben	7,00
Parallelbohrschablone für Implantat, je Kiefer	100,00
Verlängerungshülse für Implantat	16,50
Verschraubung, Implantat	53,00
Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	18,00
Zahn vermessen	3,30
Zahnfleischmaske, pro Zahn oder Glied	18,00
<b>Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien</b>	
Einstellen nach Registrat	18,70
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	26,00
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	37,00
Registrat	31,00
Selektives Einschleifen am Zahnersatz, je Zahn	19,00
<b>Sonstiges</b>	
Nicht-Edelmetall-Zuschlag	16,70
Versand je Versandgang, Fahrtkosten	7,00

Das Preis- und Leistungsverzeichnis beschreibt abschließend die erstattungsfähigen Höchstbeträge aller zahntechnischen Laborarbeiten. Die Preise gelten zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer. Sofern das Preis- und Leistungsverzeichnis nichts anderes vorsieht, sind Materialkosten, die im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen entstehen (wie z. B. Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile, Implantatteile), in Höhe der Herstellerpreise zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer erstattungsfähig. Zusätzlich werden Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert berechnungsfähig sind, tariflich erstattet.